Comisión de Salud Pública y Asistencia Social
Carpeta Nº 304 de 2005

Versión Taquigráfica N° 588 de 2006

DERECHOS DEL PACIENTE TERMINAL. TESTAMENTO VITAL

Se incorpora a nuestro ordenamiento jurídico y se establece su alcance

Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 13 de junio de 2006

(Sin corregir)

PRESIDE: Señor Representante Luis José Gallo Imperiale.

MIEMBROS: Señores Representantes Miguel Asqueta Sóñora, José Quintín Olano Llano y Álvaro Vega Llanes.

DELEGADOS DE SECTOR: Señora Representante Alba M. Cocco Soto y señor Representante Carlos Maseda.

INVITADOS: Por la Organización Forum Mujer Uruguay, señora Rosa Pellerey, doctora Azul Martorell y escribana María Aloise.
Ver exposición

Por la Asociación Esperanza Uruguay, doctora Gabriela López, Presidenta; señoras María José del Campo, María Inés Fonseca y Elaisa Vega y señores Juan Varela, Víctor Hugo Guerrero y doctor Miguel Nauar.
Ver exposición

Por el Instituto Americano de Protección de los Derechos Humanos, doctores Carlos María Freira y Eduardo Casanova.
Ver exposición

SEÑOR PRESIDENTE (Gallo Imperiale).- Está abierta la reunión.

La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social tiene el gusto de recibir a la organización Forum Mujeres Uruguay, a la señora Rosa Pellerey, a la doctora Azul Martorell y a la escribana María Aloise, quienes solicitaron ser recibidas en este ámbito para dar su opinión con respecto a un proyecto de ley que tiene a estudio la Comisión desde hace largo tiempo. En todo este proceso hemos tenido la opinión de una cantidad de organizaciones que tienen que ver con este tema. La opinión de ustedes, preocupadas por el tema, es muy

valiosa porque la redacción final del proyecto de ley contemplará todos los aportes que se consideren oportunos.

SEÑORA PELLEREY.- Lo que hemos repartido será nuestra presentación de la organización Forum Mujeres Uruguay.

Nos compete como afirmación de la mujer, de su rol en la sociedad, el reconocimiento de su aporte específico en la misma y todo lo que involucra su pleno desarrollo.

Este proyecto nos interesa particularmente como madres, esposas, hijas, trabajadoras, en fin, por ser mujeres y porque las mujeres somos las que por nuestra naturaleza e inclinación estamos, tanto en el ámbito familiar como fuera de él, más cerca de los enfermos.

También por ser la mujer más longeva que el varón -en Uruguay hay un total de 335.264 mujeres de más de 60 años; casi 100.000 mujeres más que varones-, nos interesa el contenido de este proyecto de ley.

A raíz de las diversas manifestaciones aparecidas en la prensa, hemos recibido un sinfín de consultas y cuestionamientos que queremos trasmitir a esta Comisión.

Del testamento vital. El proyecto, en su artículo 2º, se refiere al "Testamento vital", lo que suena un poco paradojal o sin sentido. El testamento es un negocio jurídico unilateral que contiene disposiciones para después de la muerte de su autor; por lo tanto, aquí se le pretende dar otra connotación al significado de testamento, que lógicamente lleva a la confusión de cualquier mortal -entiéndase género humano-, máxime con el adjetivo que le acompaña: "vital", que según el diccionario significa: "relativo a la vida, que conserva la vida", por lo que deja de ser una simple confusión para pasar a ser un error. En definitiva, lo que se pretende legislar es todo lo contrario: es el acto de la muerte y no la conservación de la vida.

Podríamos, quizás, redefinir el título bajo otro "nomen juris", como ser, "Disposiciones contra el ensañamiento terapéutico", pero siempre y cuando el articulado del proyecto se refiriera, en definitiva, a tratar sobre lo proporcionado o desproporcionado de determinados tratamientos que no hacen sino encarnizar al paciente y familiares allegados.

Pero de lo que supuestamente iba a tratar el proyecto -el ensañamiento terapéutico-, no se encuentra una sola mención a lo largo del mismo, por lo que mal podríamos proponer este nuevo título.

Según la exposición de motivos, la disposición matriz de este proyecto sería evitar el "ensañamiento terapéutico", pero este concepto queda solo en ese ámbito, sin plasmarse en el articulado.

Autonomía de la Voluntad.- Suicidio voluntario. Es así que en vez de definir objetivamente en su artículo 1º lo que sería la proporción o desproporción de los tratamientos a aplicar y sus resultados esperables, omite expresamente el tema -en definitiva, es el gran ausente del proyecto- dando la prerrogativa legal, lisa y llanamente, al paciente de decidir si se le aplican determinados tratamientos cuando esté en una situación de enfermedad terminal, incurable o irreversible. Encubiertamente, entonces, se regula sobre eutanasia.

Como bien surge de la experiencia inglesa, donde el 27 de mayo pasado se rechazó en la Cámara de los Lores un intento de facilitar el "suicidio asistido", los partidarios del suicidio asistido suelen apoyar sus propuestas con la justificación de permitir a las personas hacerse cargo de sus propias vidas invocando "la autonomía de la voluntad", cuando la propia ley determina que dicha autonomía no es absoluta.

La dignidad humana.- Estamos de acuerdo que el ser humano es un ser libre y esta es la principal muestra de su dignidad. Ese derecho viene protegido en su aspecto positivo en el sentido de derecho de la persona a vivir y a que el Estado proteja su vida. Y también en su aspecto negativo, por cuanto nadie puede atentar contra la vida, ni contra la suya propia.

La Declaración de Derechos Universales, artículo 29.2 establece: "En el ejercicio de sus derechos y en el disfrute de sus libertades, toda persona estará solamente sujeta a las limitaciones establecidas por la ley con el único fin de asegurar el reconocimiento y el respeto de los derechos y libertades de los demás y que satisfagan las justas exigencias de la moral, del orden público y del bienestar general de una sociedad democrática".

En el mismo sentido citamos el artículo XXVIII -28- de la Declaración Americana y el artículo 32.2 del Pacto de San José de Costa Rica y el artículo 27 de la Carta Africana, entre otros.

Artículo 9º.- Pero evidentemente el peor mal de este proyecto no es la ambigüedad de sus términos o la vaguedad u omisión en cuanto a definiciones, sino la introducción solapada del permiso que se le da a los médicos para decidir sobre la vida de los pacientes, validando el acto médico, "para que jamás pudiera ser catalogado de omisión".

El problema es terriblemente grave, porque esta situación no tiene nada que ver con los artículos 1º y 2º del proyecto, a los cuales ya nos referimos.

Como bien se señala en la exposición de motivos, el punto neurálgico del proyecto es la situación de mayor ocurrencia en los hechos: aquella persona -y me incluyo- que no ha hecho su testamento vital ni haya manifestado su decisión sobre el tema, si un día se llega a encontrar en una situación de enfermedad terminal, incurable o irreversible, por esta ley se le estaría otorgando al médico potestad suficiente para que decida sobre su vida, sin que la omisión de tratamiento derive en responsabilidades penales.

Basta leer el artículo 9º para darse cuenta que: "En el caso de que el paciente, como consecuencia de su enfermedad incurable, terminal o irreversible, no pueda expresar su voluntad conforme al artículo 2º, la suspensión de los tratamientos o procedimientos que implica el derecho reconocido en el artículo 1º, será una decisión fundada de su médico tratante...".

Una ley no puede subrogar la voluntad de aquel que no pudo o no quiso otorgar un testamento vital, máxime si no se impuso la obligatoriedad de tal manifestación de voluntad.

Estas leyes son propias de Estados dictatoriales, donde se suprimen las garantías y expresiones mínimas de voluntad.

SEÑORA ALOISE.- Si se me permite, voy a continuar con la presentación.

Pendiente resbaladiza.

El verdadero problema de un proyecto de ley como este es la actitud del legislador, que tendrá que legislar teniendo presente no solamente la situación actual sino también el influjo y orientación que una ley de este tipo pueda tener en el futuro.

Estas acciones generalmente se inician despenalizando determinados tipos penales -omisión de asistencia, asistencia al suicidio, etcétera- para pasar luego a exigirlos como verdaderos derechos; siendo así, llegaríamos en el futuro al absurdo de reivindicar "el derecho a la muerte".

Ejemplos de la vida: la eutanasia en Holanda.

La aprobación de la eutanasia en Holanda ha cumplido sus primeros 5 años, país pionero en el mundo en reconocerla y que entre el año 2001 al 2004, la aplicó en 7.637 ocasiones, según datos facilitados por el gobierno holandés.

En el 2004, último año del que se tiene información, se aplicó la eutanasia a 1.886 pacientes, de los cuales 1.647 padecían de cáncer. Aunque la eutanasia estaba tolerada desde el año 1993, la entrada en vigor de la actual normativa se produjo el 1º de abril del 2002, cuando su práctica, que incluye el suicidio asistido, dejó de estar penalizada bajo ciertas formas.-

Según el Gobierno holandés, los médicos rechazan cada año dos tercios de las peticiones de eutanasia que reciben. En la actualidad, el Gobierno se plantea la posibilidad de extenderla a bebés que sufran enfermedades dolorosas e incurables. La eutanasia a bebés está castigada, pero un grupo de pediatras del hospital de Groningen reclama desde el 2005 la creación de un protocolo que reconozca a nivel nacional que la eutanasia en neonatos es una práctica habitual en casos extremos.

El concepto de pendiente resbaladiza es naturalmente criticado por los defensores de la muerte asistida, pero su realidad es evidente. En la propia Holanda, una enfermera asesinó a 23 ancianos sin su consentimiento con

el fin de aliviarles su sufrimiento. En Alemania otra enfermera hizo lo propio con 17 ancianos en el año 1989. Y uno de los casos más conocidos fue el de 3 enfermeras que en Viena mataron a 35 ancianos.

El gran ausente: el encarnizamiento terapéutico y su solución.

Como bien afirmábamos, el gran ausente de este proyecto, si bien se lo mencionaba como la gran matriz del mismo, es el "encarnizamiento terapéutico". Trataremos pues de dar una definición del mismo para poder entender de lo que se estaría hablando y poder así relevar su verdadera problemática.

El "ensañamiento terapéutico" o "distanasia" consiste en el uso de medios extraordinarios y desproporcionados para prolongar artificialmente la vida de un ser humano; son ciertas intervenciones médicas ya no adecuadas a la situación real del enfermo, por ser desproporcionadas a los resultados que se podrían esperar o por ser demasiado gravosas para el paciente o para su familia.

Esta acción médica es más común hoy día gracias no solo al avance de la medicina sino también a los defensores de la muerte asistida, que lo suelen utilizar como argumento para justificar la muerte por misericordia, alegando los innecesarios excesos que puedan cometer los médicos o familiares en su afán de prolongar en vano la vida de un paciente terminal.

En estas situaciones, cuando la muerte se prevé inminente e inevitable, se puede en conciencia renunciar a los tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia sin interrumpir, sin embargo, las curas normales debidas al enfermo.

La renuncia a medios extraordinarios o desproporcionados no equivale al suicidio o a la eutanasia; expresa más bien la aceptación de la condición humana de la muerte.

El imperativo ético es respetar el curso natural de la enfermedad en su última fase, humanizar el proceso de muerte con afecto y aliviando los dolores y el malestar sin incurrir en abusivas prolongaciones de su existencia por la aplicación de medios extraordinarios desproporcionados.

A menudo en los hospitales se toman decisiones concernientes a la vida de los pacientes. ¿Debe ser tratado este paciente por su problema renal? ¿Debe recibir este paciente tratamiento o se le debe privar de la comida y bebida ya que padece de demencia senil? Vemos que más doctores están decidiendo si deben tratar a los pacientes o no basándose en su idea de si el paciente merece vivir, y no en el valor intrínseco del paciente como ser humano.

Cuidados paliativos.

A continuación citamos parte de la exposición del señor Levin, realizada el 14 de diciembre pasado, que magistralmente exponía sobre el tema: 'A nuestro entender [...], pensamos que toda persona en una situación de enfermedad terminal incurable y progresiva [...], antes que referirse al testamento vital tiene derecho a recibir cuidados paliativos. ¿Por qué decimos esto? Porque nos parece más adecuado hacer hincapié en que frente a estas situaciones clínicas existen opciones adecuadas, activas, que deben preceder a la renuncia a todo tratamiento. En este sentido, creemos que los cuidados paliativos son la única alternativa al encarnizamiento terapéutico, tanto desde el punto de vista humano como técnico.- ¿Por qué insistimos en esto? Porque si no existieran buenos cuidados paliativos serían muchísimos los pacientes que frente a una situación de enfermedad terminal, si no tuvieran opciones, aceptarían tratamientos fútiles o renunciarían a todo tratamiento.- Entonces, tengo la impresión de que si un proyecto que hace referencia a los derechos de un paciente terminal, en definitiva, solo aborda el testamento vital, de alguna manera, como se dice vulgarmente, 'ponemos la carreta delante de los bueyes'. Y como ejemplo extremo, pienso en el de Holanda, que todos conocemos. Allí se legisló primero sobre la eutanasia y no sobre los cuidados paliativos. Creo - somos muchos lo que creemos esto– que de haberse procedido en sentido inverso, es decir, si se hubiera legislado e instrumentado lo que tiene que ver con buenos cuidados paliativos en Holanda, el problema de la eutanasia, si bien no iba a desaparecer, iba a quedar bien en un segundo plano. Es más: esto lo hemos comprobado en nuestra práctica clínica diaria; lo vemos todos los días".

Los cuidados paliativos y los Hospi.

A raíz de los debates acerca de la eutanasia y del suicidio asistido, la Sociedad Americana de Oncología Médica -ASCO–, que agrupa más de 20.000 especialistas del cáncer de todos los países del mundo, estableció en el año 1999 un comité especial para estudiar el problema del cuidado del paciente en la etapa final de la vida. Una de las conclusiones a que se llegó fue que no habría necesidad de discutir el suicidio asistido si existiese una adecuada medicina paliativa.

En los casos más difíciles, el hecho de no poder curar a un paciente significa que no haya nada que hacer por él. Estas sociedades médicas han tomado otras iniciativas como, por ejemplo, el establecimiento de especialidades en medicina paliativa o medicina del dolor, donde los médicos adquieren conocimientos necesarios para lidiar con esas circunstancias tan difíciles y dedican su actividad exclusivamente a estas áreas.

Conclusión.

Lógicamente, nuestra exposición no es de gran lucubración, pero entendimos necesario manifestarla para no silenciar ante una temática que nos afecta como mujeres y que actualmente está siendo discutida en el Parlamento de nuestra nación.

Pero creemos como ciudadanas que este tipo de problemáticas no son tan urgentes o esenciales para el país ni para el Parlamento, que se aboca a problemáticas típicas del primer mundo; no nos olvidemos que somos tercermundistas o, mejor dicho, 'países con desarrollo sostenido'.

Tenemos más de la mitad de la población infantil por debajo de la pobreza, nuestra salud pública colapsa y nuestros ancianos tienen que salir en manifestaciones y, mismo así, el Gobierno no les autoriza los $ 600 que pedían de aumento para comer.

Hago nuestras las palabras vertidas por la Diputada Lucía Topolansky en el diario Brecha del 2 de junio: "Estoy preocupada con que la gente coma. Lo primero es sobrevivir, después vendrán estos temas que son del Primer Mundo y no del Tercero. Lo primero que tenemos que solucionar es que la gente viva dignamente, después podemos especular con otras cosas más intelectuales".

Hasta aquí nuestra disertación; la exponemos humildemente. Es de conocimiento que el doctor Gallo Imperiale, Presidente de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social, es uno de los co-redactores del proyecto. Venimos aquí porque sabemos que estamos en un país democrático y queremos exponer nuestras ideas como mujeres y como ciudadanas. No queremos decir que la posición del doctor Gallo y del señor Diputado Abdala o la nuestra sean las correctas, pero en una buena democracia debemos verter nuestra opinión y expresar nuestros pensamientos.

Estamos muy honradas porque nos hayan recibido. Es más, sería bueno que nos hicieran algunas preguntas en cuanto a por qué pensamos así, como mujeres; creo que la mayor parte de los integrantes de la Comisión son hombres, y entendemos que la posición de la mujer es muy importante.

SEÑOR PRESIDENTE.- En nombre de la Comisión, agradezco muchísimo la exposición que han realizado, así como hemos agradecido las exposiciones y fundamentos de todos los que han llegado a esta Comisión. Cuando se legisla es necesario trabajar sobre la base de un proyecto, que podrá ser original de un legislador, pero que al final, cuando sale del Parlamento, tiene que ser permeable a todas las opiniones que al respecto la sociedad tenga. Inclusive, en el desarrollo de su análisis, el proyecto debe sufrir las modificaciones que sean necesarias para recoger todos los insumos. Eso es lo que hemos hecho y lo que estamos haciendo.

Este proyecto original no es definitivo. En función de todos los insumos que hemos recibido, este proyecto comenzará a ser analizado por la Comisión y muy probablemente recogerá muchas de las opiniones que se han vertido; yo, que soy redactor del proyecto, considero que algunos aspectos deberán ser modificados. Yo no voy a entrar en un intercambio de opiniones con respecto a este tema, por el propio mecanismo con que funciona esta Comisión. Hoy estamos recibiendo a varias delegaciones a fin de recabar distintas opiniones y documentos que serán analizados con posterioridad.

No obstante, quiero comentar que hay algunos aspectos con los que coincidimos. Por ejemplo, con que la redacción del primer artículo es muy ambigua y que da lugar a una serie de interpretaciones que no son las que el legislador quiso exponer en el proyecto. Eso dará lugar a modificaciones.

Tal como lo dice la exposición de motivos -y también ustedes-, es cierto que el proyecto apunta a evitar lo que se denomina -no sé si el término es ajustado- "ensañamiento terapéutico", pero esto no es lo que se trasmite en el articulado original. Entonces, como opinión inicial debo decir que vamos a tener que ajustar la redacción para que apunte a esa situación concreta y a los procedimientos, y no sea ambigua como ahora. En este sentido, ustedes hacen ciertas consideraciones que me parece que son válidas.

SEÑORA MARTORELL.- Cuando la doctora Rieppi, que es intensivista, hizo su exposición, decía que una cosa es lo que establecen los artículos 1º y 2º y otra lo que dice el artículo 9º. Ella entendía que el artículo 9º trataba del ensañamiento terapéutico; pero realmente yo no veo que sea así. Para mí lo que se establece es que aquellos que no tienen posibilidad de hacer un testamento vital, entran en las generales de la ley. Entonces, este artículo 9º, tal como está redactado, es muy peligroso.

SEÑOR PRESIDENTE.- En definitiva, el proyecto tiene dos áreas. Una es el tema de la voluntad anticipada. En este sentido, pensamos que tal vez la definición del testamento vital no es la adecuada, en función de algunas argumentaciones que ustedes manejan.

Por otra parte, está el artículo 9º, que no tiene nada que ver con la voluntad anticipada y sí con la decisión que se toma ante ese estado terminal del paciente. En este sentido, tenemos que pensar en una redacción más adecuada.

SEÑORA MARTORELL.- En su exposición, el doctor Berro decía que no están los cuidados paliativos, que él pensaba que se sobreentendían y que los mejores son los que tienen lugar en el domicilio del paciente. Me extraña que el doctor Berro diga eso, porque cuando una persona está en el final de sus días, se sabe que a veces precisa no tanto el cuidado médico, pero sí el de enfermería, como en Hospi Saunders, residenciales, etcétera; no quiero entrar en este tema porque no soy médica, sino abogada.

SEÑOR PRESIDENTE.- Precisamente iba a referir a un aspecto que ustedes manejan muy bien; el de los cuidados paliativos. Este punto será incorporado en el articulado. Cuando se decide que no se realicen o se suspendan ciertos tratamientos, por razones lógicas se van a exceptuar los cuidados paliativos, que son absolutamente necesarios e imprescindibles.

Por otra parte, me preocupa algo en lo que ustedes hacen hincapié: que de alguna manera esto pueda encubrir la eutanasia; y yo a eso lo rechazo, porque no está en nuestro espíritu. Quizás la redacción no sea adecuada, pero eso no está en el espíritu de la iniciativa, por lo que rechazo lo expresado -ustedes hacen una argumentación bastante extensa al respecto-, en el sentido de que de alguna manera estaríamos apañando esta situación. Realmente estamos en la antítesis de esa posición: intentamos legislar sobre un tema distinto.

SEÑORA PELLEREY.- Pienso que en la medida en que se precise el contenido del articulado, de pronto pueden desaparecer ciertas dudas.

Quiero decir que además de investigadora, soy docente, por lo que pido disculpas por el planteo que voy a hacer, porque uno siempre está en la clase, aunque de hecho no lo esté. Cuando uno está en clase, siempre se pregunta con respecto al chico que tiene delante: "Tengo que trasmitirle esto, que de pronto son cientos de años de cultura; ¿cómo se lo voy a zampar a él, que tiene unos pocos años? ¿Qué le pasa a él?"

Entonces, una de las cosas que pensé con respecto a esto -por supuesto que los médicos no son chiquilines- es qué pasa con este artículo 9º del lado del médico. Hace aproximadamente un mes y medio me intervinieron y me sacaron el útero; francamente, si esta operación me la hubiera hecho a los 30 años, hubiese pensado que esa era una situación intolerable; ahora estoy contenta por estar viva. En realidad me sirvió mucho para repensar lo que uno va a hacer, porque hay una cantidad de cosas que sobran y uno tiene que dedicarse a lo importante: eso es lo que estoy tratando de definir. Pero hay algo que me impactó. Mientras esperaba que la

anestesia terminara de hacerme efecto, reflexionaba acerca de esos hombres, esos médicos, ese cirujano que me operó y pensaba: "¡Qué terrible; con qué realidades tan duras trabaja el médico!".

Yo soy profesora de literatura y nosotros, los teóricos del arte, los arquitectos, trabajamos entre las cumbres de la belleza: lo más extraordinario que creó el espíritu humano. Pero yo traté de ponerme en lugar del médico y, como decía, pensé en la realidad tan dura a la que se enfrentan estos cirujanos que se dedican a cortarle pedazos a la gente para darle un poco más de vida. ¡Qué realidad tan dura, pero al mismo tiempo qué extraordinaria! Porque de alguna manera, yo nací de vuelta en ese quirófano, en la medida en que estaba corriendo riesgos muy grandes. Entonces, mi madre me dio a luz en una sala de partos, y hace un mes y medio un ginecólogo me hizo volver a la actividad. Téngase presente que esta profesión en sí ya es dura; entonces, ¡qué duro es para esta gente que ya tiene que estar peleando con la muerte, que encima este artículo le dé muchas más responsabilidades!

Francamente a mí no me gustaría ser médica; afortunadamente hay quienes tienen esa vocación y a ellos les debemos mucho. En definitiva, me preocupa la situación del lado del médico.

SEÑORA MARTORELL.- Únicamente quiero decir que no dudamos de la honestidad del señor Presidente como redactor del proyecto; uno no pone en duda su idoneidad y honorabilidad, pero hay una frase muy común que dice "hecha la ley, hecha la trampa", y la sociedad es la que va a tener que vivir esta ley. Entonces, uno debe saber a lo que se puede llegar a enfrentar.

SEÑOR PRESIDENTE.- La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social agradece la presencia de las señoras invitadas.

(Se retira de Sala la delegación de la Organización Forum Mujer Uruguay)

(Ingresa a Sala una delegación de la Asociación Esperanza Uruguay)

——La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social tiene mucho gusto en recibir a la Asociación Esperanza Uruguay, representada por la Presidenta de la Asociación, la doctora Gabriela López Ferrari, las señoras María José del Campo, María Inés Fonseca, Elaisa Vega y los señores Juan Alberto Varela, Víctor Hugo Guerrero y Miguel Ángel Nauar.

Ustedes solicitaron ser recibidos por esta Comisión para brindar sus fundamentos y posiciones con respecto a este proyecto de ley que hace un largo tiempo venimos analizando. Este proyecto ha tenido un proceso y ha contado -por invitación o por solicitudes- con la opinión de una cantidad de organizaciones civiles que han concurrido a esta Comisión. Todos los proyectos tienen este tratamiento, ya que el proyecto de ley definitivo es el resumen y la síntesis de lo que se recibe en la Comisión. Entonces, por el tratamiento que le estamos dando al proyecto, hoy recibimos a los integrantes de esta Asociación porque tenemos mucho interés en conocer su opinión.

SEÑORA DEL CAMPO.- Agradecemos ser recibidos por esta Comisión y nos sentimos muy gratificados y honrados porque nos dediquen este tiempo.

Como Asociación Civil sin fines de lucro, apolítica y laica, cuyo objetivo es la promoción integral de la persona y su dignidad como tal, este proyecto de ley nos parece particularmente significativo, porque precisamente lo que acá está en juego es la dignidad del ser humano, especialmente en uno de los momentos de mayor fragilidad e indefensión.

Cuando se anunció este proyecto pensamos que pretendía evitar el ensañamiento terapéutico, entendiendo por tal el retrasar el advenimiento de la muerte, por cualquier medio, así no haya esperanza alguna de curación y aunque eso signifique infligir al moribundo unos sufrimientos añadidos a los que ya padece, y que, obviamente, no lograrán evitar la muerte inminente, sino solo aplazarla unas horas o unos días, en condiciones lamentables para el enfermo. Esto se concreta en tres situaciones precisas: continuar la ventilación mecánica después de la muerte cerebral total; realizar terapias ineficaces, que aumentan el dolor; realizar terapias claramente desproporcionadas en relación a los costos humanos y la utilidad para el paciente.

Pero cuál no sería nuestra sorpresa al encontrarnos, en cambio, con un proyecto de eutanasia. Lamentablemente, fuera o no fuera esa la intención de los legisladores, es lo que se desprende claramente de la lectura del articulado.

Entendemos por eutanasia toda acción u omisión que intencionalmente cause la muerte, con el fin de eliminar el dolor o eliminar una existencia que se considera sin valor. El artículo 1º del proyecto permite que se suspenda o se omita la aplicación de un tratamiento a un paciente con el fin de evitar dolor, daño o angustia -que por otra parte sabemos pueden acompañar a cualquier enfermedad. Pero el tratamiento podría salvar su vida, con lo cual se estaría cometiendo una acción u omisión que provoque su muerte; precisamente esa es la definición de eutanasia. Por el artículo 1º sería voluntaria, pedida por el paciente, y por el artículo 9º, sería involuntaria, una decisión del médico tratante. El proyecto es, por tanto, indudablemente de eutanasia.

Nosotros no hemos sido los únicos que lo hemos visto así. También lo entendió de este modo el Sindicato Médico del Uruguay cuando vino a exponer a esta Comisión, al hablar de las exigencias para otorgar el consentimiento, diciendo: "Yo otorgo un poder para que me suspendan la vida". Y lo mismo da a entender el señor Rodríguez cuando dice que no querría prolongar su vida como cuadrapléjico. Nos preguntamos qué tratamiento suprimiría. Solo se nos ocurre pensar en comida o agua, con lo cual estaríamos hablando de eutanasia. Esto es evidente también cuando menciona el caso de Terri Schiavo, en el cual el "tratamiento" suspendido fue la hidratación.

No es lícito omitir una prestación debida a un paciente sin la cual va irremisiblemente a la muerte; por ejemplo, los cuidados vitales: agua, oxígeno, alimentación -ya sea oral o por tubo-, atención higiénica y remedios terapéuticos normales, debidos a todo paciente aunque sufra un mal incurable o esté en fase terminal o aun en coma irreversible. Una cosa es la aceptación de la muerte inevitable -retirando un tratamiento fútil- y otra muy distinta su provocación intencionada -retirando un tratamiento que lo mantenía con vida-, no importa las razones por las que se realice Sin prejuzgar intenciones y manejándonos con argumentos objetivos, estamos pues ante un ejemplo concreto de manipulación del lenguaje, ya que, según la redacción del articulado, en lugar de rechazar el ensañamiento terapéutico sin expectativa ninguna de mejoría, lo que se permite en realidad es el acto positivo -por acción, retirar un tratamiento; u omisión, no aplicarlo- de dar muerte a una persona.

Esperamos que no se caiga en el error de legalizar un mal -la eutanasia- para evitar otro mal, el ensañamiento terapéutico.

El proyecto nos merece muchas dudas.

Primero, ¿qué tratamientos son los que se podrían suspender?

Segundo, el proyecto se aplicaría a personas que no están en estado terminal. Y para aquellas que sí se consideran en este estado, vemos la dificultad de definir lo que es estado terminal, porque sabemos que es difícil pronosticar muerte y, muchas veces, personas que se dan por desahuciadas han seguido viviendo por largos años.

Tercero, se habla de poner fin al "proceso de muerte inevitable". Creemos que más que hablar del proceso de muerte, deberíamos hablar de la muerte, que ocurre en un momento determinado. La persona que aún no ha muerto, no está en un proceso de muerte, sino que está viva, a menos que definamos toda nuestra vida como un proceso de muerte inevitable, ya que todos vamos a morir y se puede decir que "empezamos a morir cuando nacemos".

Cuarto, nos preguntamos cómo se pueden valorar las etapas finales de la vida. Todo momento de la vida de una persona es valioso. Toda persona, más allá de lo visible, está viviendo un proceso personal.

Quinto, el paciente, cuando sano, pudo haber firmado algo, pero cuando le toca estar enfermo, puede cambiar de opinión. Por ejemplo, en Holanda, los ancianos se están yendo a vivir a Alemania, porque las leyes que aceptaron siendo jóvenes y sanos, no quieren que se les apliquen ahora a ellos. Ante la enfermedad, el hombre toma conciencia de su finitud.

Sexto, también puede haberlo firmado acuciado por una determinada enfermedad en ese momento incurable, para la que luego se descubre la cura. Trágico es el caso del médico de Córdoba que le dio a su hijo con

difteria una inyección letal, un día antes de que se descubriera la vacuna contra la difteria.

Séptimo, vemos la arbitrariedad de esta ley porque, por el artículo 9º, la decisión de vivir o morir queda en manos de desconocidos al entrar al hospital o sanatorio, ya que el médico "tratante" puede ser el de guardia, el de piso, etcétera. Las personas débiles, como por ejemplo, los enfermos psiquiátricos, quedan en manos de un médico que puede tener muy distintos criterios económicos, filosóficos, etcétera. Aunque el espíritu de la ley no fuera de eutanasia, vemos que sería imposible controlar los excesos a que da lugar.

Octavo, frente a la idea de que se le pueda aplicar la eutanasia, se altera la relación médico-paciente que es una relación de conciencia-confianza. Entonces, la confianza que inspiraban las túnicas blancas del personal de salud, se cambiará por una de desconfianza.

Noveno, la posibilidad de que los familiares decidan, orientados por el médico, provocar la muerte del enfermo, introduce en las relaciones familiares un sentimiento de inseguridad, confrontación y miedo, totalmente ajeno a lo que la idea de familia sugiere: solidaridad, amor, generosidad. Esto es así sobre todo si se tiene en cuenta la facilidad con que se pueden introducir motivos egoístas al decidir unos por otros en materia de eutanasia: herencias, supresión de cargas e incomodidades, ahorro de gastos.

El proyecto de ley estaría alterando por tanto: 1) el régimen jurídico y la filosofía de la Constitución, que es la protección de las personas; 2) la sociedad en su conjunto; 3) a la familia; 4) a la persona, atentando contra su vida.

SEÑORA VEGA DE VARELA.- En cuanto a la autonomía, se dice que el paciente tiene derecho a decidir cuándo y cómo quiere morir, pero cuando esto implica cometer una acción -como suspender un tratamiento- que ponga fin a su vida, no es así. No tiene sentido contraponer el derecho a la libre autodeterminación de la persona -como expresión de su dignidad- al bien de la vida humana, puesto que la vida humana, cualquiera que sea su estado de plenitud o de deterioro, es siempre vida personal. No es lo mismo que un animal al que ponemos a dormir o aplicamos el rifle sanitario.

La autonomía individual tiene límites.

Decir que la dignidad humana requiere que matemos al que quiere morir, equivale a decir que su dignidad requiere que esclavicemos a alguien que quiere venderse, por ejemplo, para ganar dinero para su familia. El mismo respeto que tenemos para el que quiere ser muerto o esclavo, nos impide cooperar en su pedido de autonegación. Tampoco podemos mutilar o torturar a alguien alegando que lo quiere. Ni jurídica ni moralmente se pueden justificar tales actos por la autonomía. La autonomía del otro se basa en el respeto por su dignidad humana, y esta misma dignidad requiere que no degrademos o destruyamos al ser que respetamos.

El principio de justicia según el cual todo ser humano debe ser respetado y su dignidad protegida y amparada por los demás, incluido el Estado, aun en el caso de que renuncie explícita y expresamente a ello, prevalece sobre la autonomía del individuo, de forma que nadie puede hacer daño a otro aunque este lo pida.

Se dice que el testamento vital no es obligatorio y que por tanto cada cual podría hacer lo que quiere con su vida y con su muerte, ya que no obliga a nadie.

Sin embargo, la defensa de la dignidad de la persona y de sus derechos, incluido el primero de ellos, que es el derecho a la vida, ha de ser el fin primigenio de la sociedad y del Estado. Estos tienen obligación de poner los medios, también los jurídicos, para que no se mate a seres humanos y, por tanto, también para que no se practique la eutanasia, que es una forma de matar, del mismo modo que tienen obligación de poner los medios para que no se asesine, se viole o se robe. Cuando el Estado prohibe y sanciona la violación no está defendiendo una moral de algunos, sino cumpliendo con su deber primordial de respetar y hace respetar los derechos fundamentales de la persona. El primero de estos es el derecho a la vida, y la eutanasia no es sino la destrucción de vidas humanas inocentes en determinadas condiciones.

Además, tememos que una ley de este tipo ejerza presión sobre el enfermo haciéndolo sentir como un egoísta por no morir. La ley cumple, entre otras, una función educativa con lo que hace pensar que lo que la legislación permite es bueno. La experiencia de Holanda, donde está ya creada una mentalidad permisiva de

la eutanasia, es que se crea paralelamente una "coacción moral" que lleva a los terminales o "inútiles" a sentirse obligados a solicitar la eutanasia. Un grupo de adultos con minusvalías importantes manifestaba recientemente ante el Parlamento holandés: "Sentimos que nuestras vidas están amenazadas... Nos damos cuenta de que suponemos un gasto muy grande para la comunidad... Mucha gente piensa que somos inútiles... Nos damos cuenta a menudo de que se nos intenta convencer para que deseemos la muerte... Nos resulta peligroso y aterrador pensar que la nueva legislación médica pueda incluir la eutanasia".

Aunque el paciente exprese su voluntad de que se le ponga fin a su vida, el derecho a la vida es irrenunciable, porque la misma persona o su dignidad quedarían anuladas. Si una persona pretende darse muerte o pide que otras la ayuden a morir, está anulando su dignidad y sus derechos con carácter definitivo; por eso, el Derecho no se desentiende de esa decisión, sino que la considera ineficaz y obliga a poner los medios para evitar que sea irreversible.

Son muchos los derechos irrenunciables por su titular en las sociedades modernas. No se admite la renuncia a la integridad física, al derecho a la educación, a condiciones de trabajo dignas, etcétera. El consentimiento de una persona a que la mutilen o lesionen no evita que quien mutila o lesiona cometa un delito; o el deseo de un muchacho y sus padres de renunciar a recibir la instrucción básica no es tenido en cuenta por el Derecho y el Estado, que obligan al joven a recibir la educación que las leyes definen como obligatoria.

En materia laboral el ejemplo es muy claro y nos es muy próximo, por ejemplo, con lo ocurrido en el día de ayer cuando se reclamó no al trabajo de los niños. En nuestra sociedad existen muchas personas dispuestas a trabajar en condiciones higiénicas o de seguridad inferiores a las exigidas por las leyes, o a trabajar más horas que las permitidas o por menos salario que el fijado legalmente como mínimo; sin embargo, el Derecho y el Estado no reconocen validez al consentimiento de esas personas, e imponen obligatoriamente el respeto a los derechos de los trabajadores aun en contra de la voluntad de éstos. En un caso extremo, piénsese la opinión que merecería un contrato voluntario de esclavitud.

Lo mismo ocurre con el derecho a la vida, por lo que el Estado y el Derecho deben negar validez a la expresión de voluntad de quien renuncia a él.

Lo mismo sucede con el cinturón de seguridad en los coches o con el casco para las motos o el humo del cigarro: el ciudadano puede querer o no ponérselo, pero el Estado lo obliga a hacerlo amenazándole con una sanción si no respeta esta obligación. La razón es que se da por supuesto que la vida de cada uno no es solo de su particular y privado interés, sino que la sociedad está legitimada para exigir que cada uno asegure que no arriesga gratuita o imprudentemente su vida.

Además, el argumento del pretendido derecho del enfermo a decidir el cómo y el cuándo de la propia muerte, al no poder ejecutarla por sí mismo, estaría entonces obligando a otras personas a matar bajo la pretensión de respetar este supuesto derecho. Se estaría creando así una "obligación a matar", lo cual repugna a la más elemental noción de libertad.

SEÑORA LÓPEZ.- Se dice que se quiere evitar al paciente el dolor y eso lo compartimos. Sin duda que hay que buscar proporcionar alivio al paciente que sufre, pero no se elimina el dolor eliminando al sufriente. La humanización de la salud no va por la línea de provocar o permitir la muerte ante el dolor, sino por brindar una adecuada terapia del dolor y de cuidados paliativos. Cuidados que deben incluir la asistencia a la familia, el apoyo para acompañar el proceso de duelo frente a la muerte de un ser querido. Y hacia el paciente, la lealtad, el apoyo afectivo para que no se sienta solo, porque cuando el paciente se siente solo, siente que molesta o que es una carga, puede pensar que morir es la solución.

La literatura médica mundial interpreta que muchas veces bajo la máscara del pedido de eutanasia, el paciente lo que está reclamando es acompañamiento y ayuda, ya que teme el abandono.

Los pacientes que transitan su enfermedad y mueren acompañados, no entran generalmente en desesperación, y eso lo hemos visto.

Un proyecto de testamento vital como éste, deja abierta la puerta para la eutanasia y cada vez, lamentablemente, se podrían hacer mayores excesos.

La ley podría dar lugar a manipulaciones: el médico es el que diagnostica y da un plan de tratamiento; en eso cree el paciente y el familiar, y ese conocimiento le da poder con lo cual, ante la ambigüedad de la formulación del proyecto de ley, y sabiendo que el médico es subordinado a una institución, abre la puerta para diversas situaciones en las cuales se puede manipular las voluntades de pacientes y familiares.

Ejemplo de a lo que se puede llegar es Holanda: los médicos holandeses dejan morir al menos a 300 bebés minusválidos recién nacidos por año; deniegan operaciones de enfermedades congénitas de corazón a niños con síndrome de Down, y se niegan a implantar marcapasos a pacientes mayores de 75 años o a tratar de edema pulmonar a pacientes ancianos que carecen de familiares cercanos. Algunos médicos justifican estas acciones diciendo que es interés de los pacientes el morir cuanto antes, pero frecuentemente la explicación es que no se quiere imponer a la sociedad la carga de mantener vivos a estos pacientes. Estas decisiones se toman sin el conocimiento de los pacientes y en contra de su voluntad. En nuestro país también se podría pensar en razones valederas para eliminar a ciertas personas: la carga que es el cuidado de una persona enferma para la familia; el gasto que ocasiona su cuidado a una mutualista; la imposibilidad de mantener por más tiempo un sistema de seguridad social sin suficiente población activa.

Ya vemos señales alarmantes que parecen apuntar en esta dirección: la no obligatoriedad del voto para mayores de 75 años, la confección de una carné de salud diferente para enfermos crónicos mayores de 60 años.

En resumen los principales problemas que se ciernen sobre los enfermos y los más débiles bajo este proyecto de ley son:

a. dificultades para legislar sobre este tema, que se desprenden de lo expuesto;

b. presión moral de la legislación sobre el enfermo, personal de salud, familiares y por ende, la sociedad en su conjunto.

c. Deterioro de la imagen del médico que será reemplazada por la de verdugo.

d. Peligro de la ampliación desmedida de los márgenes de aplicabilidad de la ley, que puede conducir a toda clase de abusos.

Agradecemos, entonces, la deferencia de escucharnos y permitirnos hacer un aporte sobre el que sabemos van a reflexionar.

Muchas gracias.

SEÑOR OLANO LLANO.- En Comisión hemos recibido -ustedes han revisado las versiones taquigráficas- un sinnúmero de aportes, además de otros de la Legislatura anterior, pues este es un proyecto que ya lleva más de una Legislatura siendo estudiado.

Quiero decir dos cosas en cuanto a esta iniciativa. Es la conjunción de dos proyectos; uno fue presentado por el señor Diputado Gallo Imperiale y, el otro, por el señor Diputado Abdala. Este proyecto se ley se hizo con la intención de lograr la mejor conjunción de las voluntades. Seguramente, esa ha sido una de las causas de algunos problemas que nosotros mismos conversamos en las últimas sesiones de esta Comisión -si ustedes revisaron las versiones taquigráfica, lo habrán podido apreciar- en cuanto a que, en definitiva, la conjunción de dos proyectos que eran más o menos lo mismo, termina pariendo un proyecto que en vez de ser más de lo mismo, es menos de lo mismo.

Seguramente ello no refleja -lo hemos advertido en la redacción que terminó teniendo esta iniciativa- fielmente o puede no reflejar fielmente, cuál es la intención de los legisladores que lo redactaron.

Tanto es así que en las últimas visitas que hemos recibido, fundamentalmente por parte de quienes no están de acuerdo con el proyecto, uno se queda con la impresión de que los invitados están de acuerdo con la exposición de motivos, pero no con el proyecto.

Esto habla claramente -hemos conversado al respecto- de que la iniciativa deberá ser modificada y para eso estamos recibiendo a las delegaciones. No tendría ningún sentido que las escucháramos si el proyecto fuera

inamovible y si esas visitas no implicasen un aporte que pudiera llegar a modificar el proyecto en sí.

Además, como integrantes de las Comisión nos parece importante que el proyecto refleje lo que querían quienes lo suscribieron.

Creo que nos han hecho mucho bien las últimas visitas que hemos tenido, habiéndose obtenido aportes de asociaciones civiles, desde las cuales no se ha visto con buenos ojos la iniciativa. Tal vez pecamos en algo: en la mejor de las intenciones de recibir las opiniones más calificadas desde el punto de vista académico, nos alejamos de la opinión de la gente común y corriente que, leyendo lo mismo, interpreta otras cosas. De alguna manera, las expresiones de las últimas visitas que hemos tenido reflejan eso.

Finalmente, aquí se hablaba de la voluntad previa del paciente y de la obligatoriedad del médico de cumplir con un acto que podría estar reñido con sus principios. En ese sentido, creo que esa parte del proyecto más bien consagra la voluntad del paciente, que se puede revertir en cualquier momento, simplemente, de forma verbal.

Ahora bien; esto no implica un acatamiento desde el punto de vista del médico. Si mañana fuera aprobado el proyecto con la redacción actual -adelanto que no va a ser así, porque ya hemos estado conversando algunas modificaciones que tienen que ver, fundamentalmente, con los artículos sobre los cuales las últimas visitas nos expusieron sus dudas-, el médico siempre tendría la posibilidad de decir: "Mire señor Juan Pérez: usted tiene un testamento vital o una voluntad anticipada. Yo le manifiesto que mis principios morales, éticos y religiosos, están reñidos con eso; de manera que le ofrezco la posibilidad de que usted cambie de profesional". Es decir que se trataría de un derecho del paciente, pero que no generaría obligatoriedad sobre el médico; por lo menos así lo entiendo yo.

Lo mismo ocurre, por ejemplo, si tengo una paciente que es Testigo de Jehová y dice que no quiere recibir una transfusión de sangre. Si yo, que soy ginecólogo, opero a esa señora, le diría: "Mire, señora; usted tiene derecho a no querer recibir una transfusión de sangre. Pero ante una situación de riesgo de vida, yo tengo el derecho, y a mi modo de ver el deber, de pasarle sangre. Entonces, desde ya le adelanto que voy a ejercer mi derecho ante esas circunstancias. Si usted quiere, puede operarse con otro ginecólogo".

Del mismo modo, mañana yo podré decirle a un paciente: "Usted tiene un testamento vital; pero le adelanto que llegado el momento, voy a ejercer mi derecho, porque aquí no se establece la obligatoriedad".

Por lo menos yo creo que es así; en caso de que se aprobara el proyecto, tal como está redactado, tengo mis dudas de si voy a terminar aplicándolo. Como médico, muchos años hice emergencias y finalmente siempre reanimé a pacientes sobre quienes en el ejercicio cotidiano se podría haber decidido: "Este paciente no se reanima". De manera que considero que es positivo que de acuerdo al proyecto cada cual pueda ejercer su derecho, sin violar el derecho del profesional de decirle al paciente: "Cambie de médico, porque yo creo otra cosa".

Debo decir que son de recibo las dudas que ustedes han planteado, en la medida en que estamos convencidos de que evidentemente la redacción del proyecto no se ajusta a la intención de la Comisión, en el sentido de que el paciente, en el pleno ejercicio de su conciencia, en una situación terminal, frente a la muerte inminente y absolutamente inevitable, tuviera la facultad de decir: "No quiero que me apliquen un tratamiento que me agregue más dolor, si de ninguna manera puede revertir la inevitabilidad de una muerte inminente".

Esa es nuestra intención; ahora bien, frente a todos estos aportes, somos conscientes de que es preciso dar al proyecto la mejor redacción para que se vea reflejada. En este sentido, digo una vez más que las últimas visitas que hemos recibido han significado aportes muy importantes, en la medida en que nos han permitido corroborar que, en la lapicera, en algunas cosas estábamos andando un poco lejos de lo que era la intención.

SEÑOR PRESIDENTE.- En el documento que la delegación ha leído figura el cien por ciento de las argumentaciones y fundamentos que maneja; quiere decir que con ese material -que será anexado- hemos adelantado camino.

SEÑORA LÓPEZ.- En realidad, yo iba a hacer una pregunta al señor Diputado Olano Llano que ya fue contestando. Usted es médico y trabaja para instituciones médicas; yo también lo he hecho. Y uno

sabe que muchas veces, cuando uno trabaja allí con pacientes, le determinan cuántos pacientes tiene que atender y a menudo uno sabe que no está brindando la mejor calidad de atención, porque tiene que atender equis número de pacientes en tanto tiempo. Y sabe que a veces le determinan más cosas, según las posibilidades económicas del servicio, qué prestación va a realizar o no. Entonces, uno sabe que el técnico, el médico, el profesional de la salud, no siempre actúa acorde a lo que quisiera hacer o al tratamiento que quisiera realizar, sino también al servicio en el que está. De manera que, si bien no debe haber sido la intención de ustedes, creo que esto permite una apertura enorme y en este sentido hay una filosofía que es muy buena y que rige para todos los uruguayos: la de la Constitución, que es universal para todos los uruguayos, ricos, pobres, sanos, enfermos. Precisamente creo que es básico defender este derecho a la vida, a la atención y a la mejor calidad del servicio. No está en la filosofía individual del médico tratante, del médico de piso o del internista, sino que va en algo que nos rige a todos por igual, estemos en la profesión o no.

SEÑOR OLANO LLANO.- Lo que usted quiere decir es que, de pronto, el Presidente del Consejo Directivo de una mutualista pueda decirle al médico: "Quiero que a este paciente, que firmó su testamento vital, le apliques o saques algo para que se muera antes". Si se aprobara la ley, debe dejar claramente establecida la situación en la que se debe aplicar. Nos referimos a un paciente que se va a morir en horas; simplemente que en lugar de que se muera en esa misma cantidad de horas pero con dolor, se le puede aplicar un procedimiento que hará que en esas horas que le quedan sienta poco dolor.

Esa es la situación sobre la que se quiere legislar; esa es la intención de la legislación, pero somos conscientes de que el proyecto no lo establece claramente y hay cosas que vamos a cambiar y ya lo hemos dicho.

Si mañana alguien de una institución obligara al médico a tomar una medida fuera de ese marco, sería ilegal. Pero si esa ley no existiera y el dirigente de esa mutualista fuera un sinvergüenza, también podría decirle al médico: "A Menganito desenchufale el respirador". O sea que esta ley ni agrega ni quita posibilidades para que un delincuente delinca; no incide en lo más absoluto, porque un dirigente de una mutualista podría obligar a un médico a tomar una medida fuera de una situación de muerte inevitable, incipiente, etcétera, sin la existencia de esta ley, estaría penado como corresponde.

Además, este tipo de presiones -que probablemente sucedan- dependen mucho de la condición del directivo de la mutualista y depende mucho de la del médico. Yo trabajo en el mutualismo hace 16 años y jamás me han planteado nada parecido y no creo que se les cruce por la cabeza hacerlo. Puedo asegurar que quien ejerce una profesión que todos los días lo obliga o le ofrece la posibilidad de tener bajo sus hombros la responsabilidad de tomar una decisión -en el acierto o en el error- por la cual el paciente puede vivir o morir, también siente el peso positivo de la confianza que el paciente deposita en él. Puedo asegurar que ningún dirigente de cualquier institución se va a animar a plantear una cosa de este tipo a un médico que tenga dignidad y honor, y que este se vaya a quedar así nomás.

SEÑORA LÓPEZ.- Solo quería mencionar un dicho muy popular que dice que a veces el infierno está lleno de buenas intenciones. A veces podemos quedarnos en las intenciones y no llegar al punto clave.

SEÑORA DEL CAMPO.- Nosotros queremos que se legisle sobre ensañamiento terapéutico. Eso es algo muy concreto, lo definimos al comienzo de nuestra exposición y está en el documento. No hay que confundir eutanasia con ensañamiento terapéutico.

El señor Diputado Olano LLano dijo que este proyecto de ley no agrega ni quita nada para que un delincuente delinca. En realidad, nosotros no lo vemos así; este proyecto permite que se den muchas situaciones en las que se puede manipular la voluntad del paciente, la voluntad de los familiares; no hay límites. ¿Cómo se sabe cuando un paciente es capaz o no para dar su opinión? ¿Cómo se sabe si un paciente se va a curar o no, si tiene una enfermedad incurable, irreversible, o no ?

Creemos que este proyecto permite que se den muchas situaciones en las que se pueden presionar las voluntades. De hecho, el artículo 9º da la potestad al médico tratante -que puede ser un médico cualquiera, el que esté de guardia; no tiene por qué ser el que ha seguido la enfermedad del paciente- a autorizar que se le quiten los procedimientos para mantener la vida.

SEÑORA VEGA.- Solamente quiero recordar que el derecho de la persona a la vida no es disponible; por más que a los cincuenta años sea capaz, yo no puedo disponer de mi vida. Se trata de un derecho indisponible, el mayor de todos; mi derecho a vivir es inherente a mi personalidad, es intocable, y por eso va más allá de las simples voluntades. Por más capacidad y lucidez que yo tenga en este momento, no puedo disponer lo que voy a hacer a los ochenta años, si tengo vida.

SEÑOR PRESIDENTE.- Este proyecto no es definitivo y va a tener modificaciones, en función de una cantidad de argumentaciones que hemos recibido durante todo este proceso. De todos modos, quiero hacer una aclaración. Este mecanismo democrático que tenemos -las leyes se hacen así: escuchando- tiene una doble vía: nosotros escuchamos con muchísimo respeto la opinión de los invitados, lo que no quiere decir que no podamos manifestar que consideramos lesivos determinados conceptos o expresiones que se manejaron.

Así como ustedes -lo han dicho- creen que determinada redacción o ciertos conceptos que nosotros utilizamos apuntan a algo que está muy lejos de lo que queremos hacer y corregir, también es cierto que ustedes -quizás inconscientemente- han manejado conceptos y términos que pueden ser lesivos, sobre todo para quienes hemos redactado el proyecto, que está muy lejos de los conceptos que ustedes están manejando.

Quería hacer esta aclaración porque en este mecanismo democrático de ida y vuelta es absolutamente necesario.

Agradecemos la presencia de los señores invitados.

(Se retira de Sala la delegación de la Asociación Esperanza Uruguay)

(Ingresa a Sala una delegación del Instituto Americano de Protección de los Derechos Humanos)

——La Comisión da la bienvenida a una delegación del Instituto Americano de Protección de los Derechos Humanos, integrada por los doctores Carlos María Freira, integrante de la Comisión Directiva, y Eduardo Casanova, Doctor en Bioética.

El motivo de su visita es conocer sus puntos de vista con respecto a un proyecto de ley que esta Comisión viene tratando desde hace un tiempo prolongado y por el cual ha recibido a todas las organizaciones que han querido brindar su opinión. De esa forma, en la redacción final del proyecto podremos tener una síntesis de lo que han sido las opiniones de todos los que han concurrido.

SEÑOR FREIRA.- Antes que nada, queremos agradecer la deferencia de haber sido recibidos.

El Instituto, con su equipo de abogados, ha hecho un estudio del proyecto de ley. Cuando hablamos del proyecto de ley -y cada vez que lo mencione-, estamos refiriéndonos al derecho del paciente terminal-testamento vital.

Entendemos que, por diversas circunstancias, este proyecto de ley no debe ni puede ser informado favorablemente por esta Comisión ni por supuesto aprobado por el Parlamento, en mérito de que atenta contra el derecho a la vida de los habitantes de nuestro país y, además, desconoce la dignidad de las personas.

Del texto del proyecto y de la exposición de motivos se desprende con toda claridad que quienes lo presentaron buscan obtener tres objetivos básicos.

El primero es obtener que por una norma legal se otorgue a los médicos la facultad de decidir si se mata al paciente o si se intenta curarlo. Segundo, que la supresión del tratamiento o del procedimiento médico al paciente dirigidos a ocasionar su muerte, si se da cumplimiento a ciertos formalismos, pasa a ser un deber médico. Esto surge con toda claridad de la exposición de motivos. Tercero, se da impunidad al médico cuando decide dar muerte al paciente.

Todo eso está expresamente reconocido en la exposición de motivos, por lo que no puede caber ninguna duda de que forma parte de la pretensión de quienes formularon el proyecto. Los mismos, a nuestro entender, desconocen los contenidos del artículo 7º de la Constitución, que establece que todos los habitantes de la

República tienen derecho a ser protegidos en el goce de su vida, honor, libertad, seguridad, trabajo y propiedad, y también del artículo 26, que prohibe la aplicación de la pena de muerte. Quienes redactaron el proyecto, evidentemente, asumen que el Poder Legislativo puede disponer libremente sobre la vida y muerte de cualquier habitante del país, derecho que no tiene el Estado ni ningún ser humano, y eso se desprende del hecho de que pretenden que se le asigne, por ley, a un médico; es decir, si no se tiene una facultad, tampoco puede ser traspasada y mucho menos cuando contraría disposiciones constitucionales. La pretensión de que se le dé a los médicos la posibilidad de decidir si matan o dejan vivir a un paciente carece de sentido y de legitimidad en un Estado democrático. En nuestro país esta pretensión es claramente inconstitucional. Sería como aceptar que un sector político mayoritario tuviera derecho a disponer la muerte de las minorías; no podría hacerlo en un Estado democrático.

Entiendo que del proyecto no surge reconocido el derecho a la vida y a la dignidad del ser humano y tampoco, en el caso de que se hubiera captado el sentido correcto de estos derechos, el respeto a los mismos.

En materia internacional, los pactos de derechos civiles y derechos económicos de diciembre de 1966, en sus respectivos preámbulos, reconocen que los derechos fundamentales o derechos naturales derivan de la dignidad inherente a la persona humana, o sea que son anteriores al ordenamiento jurídico, que se limita a reconocer su existencia.

Todos los tratados internacionales, mundiales, americanos y europeos, como la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, el Pacto de San José de Costa Rica, etcétera, contienen la exigencia de la protección de la dignidad de la persona humana, lo que implícitamente implica la exigencia de los derechos humanos fundamentales de la misma. Los derechos fundamentales derivan de la esencia misma del ser humano y no son renunciables.

Es necesario clarificar un criterio adicional en cuanto a que el ser humano no es un objeto prescindible, tiene dignidad propia, aunque se trate de personas con carencias físicas, intelectuales, económicas o de cualquier otro tipo. El derecho a la vida es el principal y fundamental de los derechos ya que constituye el soporte de todos los demás, y por eso mismo su protección constituye un principio irrenunciable de los países democráticos. En consecuencia, nadie puede ni tiene derecho a suicidarse ni a atentar contra su propia vida o contra su salud -artículo 44 de la Constitución- y muchos menos a solicitar que lo maten. Por esta razón, también está penalizada la ayuda al suicida.

Por todos estos motivos, no es posible que se apruebe ni que se informe favorablemente este proyecto de ley ni ningún otro que atente contra el derecho a la vida. El Estado debe garantizar este derecho, lo que implica la obligación de darle protección jurídica.

Habíamos hablado de que otro de los puntos respecto al cual existe un interés expreso de los promotores del proyecto es el de obtener impunidad. Entendemos que es posible comprender la preocupación de algunos médicos de que se aprueben leyes que despenalicen determinados actos delictivos. En este momento, en la República Oriental del Uruguay hay varios proyectos de ley que persiguen ese objetivo. Este tipo de impunidad la necesitan porque se encuentran con lo que llamamos la "PR", y las acciones en las que incurren o en las que pretenden incurrir están tipificadas como acciones delictivas en nuestra legislación penal.

En determinadas exposiciones -como en la exposición de motivos de este proyecto de ley- existen referencias, por ejemplo, a la salvaguardia de la responsabilidad de las partes, y referencias a conceder a la práctica médica la seguridad de sus actos, que implican que si se cumple con determinados formalismos, el homicidio del paciente será considerado, más que correcto, como debido. Interpretamos que cuando se dice "como debido", es obligatorio para el médico. Esto demuestra que el principal objetivo del proyecto de ley es obtener una total impunidad para los responsables del delito. Debe ser una preocupación generalizada, porque son muchos los que actualmente participan directa o indirectamente en este tipo de hechos, inclusive, los que tratan de amparar o proteger a los responsables.

A pesar de la negativa de quienes formularon esta iniciativa, no cabe duda de que se trata de un proyecto de ley de eutanasia, definida internacionalmente como acto del médico al dar muerte a un paciente. Esta denominación ha sido negada y la formulación del proyecto de alguna forma pretende disimular esta característica de la ley. Se crea una pantalla con los primeros ocho artículos, que refieren a una solicitud escrita de personas que, además de ser inaceptable por lo ya expresado, tiene un contenido que no protege la dignidad del ser humano.

En el artículo 310 de nuestro Código Penal se califica el acto de dar muerte a otra persona como homicidio; las penas previstas van desde doce hasta treinta años de penitenciaría. A su vez, el artículo 315 del Código Penal sanciona a quienes determinaren a otro el suicidio o lo ayudaren a cometerlo, y si ocurriere la muerte, con una pena de hasta doce años de penitenciaría. Quiere decir que el nombre adecuado y correcto con el que debería haber sido denominado el proyecto de ley es el de "Impunidad para el médico que mata a su paciente o dispone la muerte del mismo" y no el de testamento vital.

Quienes han llegado a leer el artículo 9º del proyecto pueden apreciar que la denominación que adjudican los proponentes a su iniciativa de testamento vital es engañosa, ya que se pretende ocultar o disimular el verdadero contenido del proyecto. Todo esto está ratificado por la forma en que fue estructurado y por la forma en que pretenden defenderlo y publicitarlo.

A continuación, quiero ceder la palabra al doctor Casanova a fin de que opine sobre los aspectos éticos del proyecto.

SEÑOR CASANOVA.- Nosotros partimos de la base de que este proyecto de ley que estamos considerando pretende garantías contra la mala praxis médica del ensañamiento terapéutico y, al mismo tiempo, disminuir los costos de la asistencia médica.

Tenemos la convicción de que ambos objetivos solo pueden conseguirse a través de una buena auditoría médica, de la que nuestro sistema de salud carece casi por completo. En ausencia de esta imprescindible auditoría, este proyecto de ley no solo no cubriría los riesgos de una mala praxis médica sino que tampoco disminuiría los gastos invertidos en la salud, en la medida en que no los justifique por una buena praxis. Por el contrario, solo servirá para encubrir las omisiones de asistencia, disimulando la mala praxis ya sea por impericia, por negligencia o por imprudencia. Alcanzará como excusa una ambigua y equívoca voluntad, expresada por los usuarios del sistema sanitario. Pretendemos fundar estos enunciados en cinco puntos de vista.

En primer lugar, el enfermo no puede prever las circunstancias de salud que afrontará en el futuro y carece, además, del conocimiento para evaluar los medios asistenciales que requerirá en diversas circunstancias. Por ello, al expresar su voluntad para no recibir ciertos procedimientos, en realidad, estaría extendiendo una especie de cheque en blanco para que, en forma indiscriminada y sin justificación, se le niegue asistencia. Para negarse a recibir medios asistenciales, alcanzaría con el simple expediente de no realizar la consulta médica ni asistir al hospital, pero lo que no puede es conjugarse esa renuncia a ciertos medios sí y a otros no, obligando al médico, de este modo, a realizar un tratamiento diferente al que él considere más oportuno.

Citamos el ejemplo -que vivimos personalmente- de alguien que había expresado por escrito su voluntad de no dejarse dializar, de no conectarse al riñón artificial. Sin embargo accedió a realizarse una fístula arterio-venosa para la diálisis. Cuando fue trasladado al sanatorio con una falla renal crítica, ¿qué otra cosa podía ofrecerle el médico si no aquellos recursos que son los únicos que conoce y de los que dispone para esta situación? Si el enfermo acude en busca de asistencia, ¿qué otra cosa que asistencia puede dársele? ¿Acaso no debe ser esta una asistencia profesionalmente competente? Cabe preguntarse de qué manera puede diferenciarse la omisión de asistencia a pedido del paciente de la causada por impericia o negligencia del médico. En ambas, el médico está contradiciendo la formación en la que fue entrenado y en ambas precipita la muerte del paciente.

En segundo término, en este proyecto de ley el médico puede llegar a verse violentado, tanto en su conciencia como en su conocimiento científico. El paciente no puede obligarle legalmente a que le trate como él pretende. El médico sólo podrá brindarle el tratamiento que conoce y que, en su leal saber y entender, beneficiará su salud. En caso de mala praxis, por ejemplo por ensañamiento terapéutico o también por omisión de asistencia, será la auditoría médica la que la ponga en evidencia. En esta auditoría podrán participar el propio enfermo y sus familiares, a través de los técnicos, médicos y juristas que los representen.

En tercer lugar, el mal llamado testamento vital podría transformarse en un verdadero testamento mortal al inclinar la balanza sólo en el sentido de precipitar la muerte. Esto no "abarata" -entre comillas- la asistencia, sino que solamente impide justificar los costos asistenciales.

Además, al seguir pautas ambiguas y poco definidas, como por ejemplo la enfermedad terminal -que no está bien definida-, la enfermedad irreversible -que no está bien definida- y la enfermedad incurable -que tampoco lo está-, se pueden introducir criterios discriminatorios, ambiguos, para aplicar tratamiento sólo a algunas personas: hacer acepción de personas en la asistencia.

Hoy en día, no se puede hablar de procedimientos médicos extraordinarios cuando ya son de uso habitual en la práctica médica. Tampoco se puede hablar sin más aclaración de medios artificiales. ¿Qué son medios artificiales? Ya ni siquiera se puede considerar que la aspirina es un medio natural de tratamiento, porque las hojas de lechuga no vienen con aspirina incluida.

En cuarto término, este proyecto resulta ambiguo y equívoco en sus enunciados en los conceptos de testamento vital, pues los testamentos sólo se aplican después de la muerte, mientras que aquí se aplica a quien está vivo. Además, los testamentos son modificables en vida, pero en este caso parecería absurdo suspenderlos precisamente en el momento en que se deben aplicar. Ante la irreversibilidad de la muerte, resultaría mucho más sensato que el paciente exprese su voluntad cuando ya se encuentra en condición crítica. En este caso, si hubiese conflicto con la libertad del médico, que también tiene libertad y derechos para ejercer su profesión a conciencia -es decir, con conocimiento profesional, científico-, debería ser una Comisión de Bioética la que interviniese para superar ese conflicto.

En quinto y último lugar, si la pretensión del proyecto de ley está en disminuir los costos innecesarios, caros, por procedimientos fútiles, propios de un ensañamiento terapéutico, la mejor garantía se encontrará en la institución de la auditoría médica, pero en ningún caso dejando una puerta abierta a la omisión de asistencia, utilizando como excusa la sola voluntad del paciente. Cabría preguntarse a este respecto si esta disposición no estaría contradiciendo la norma elemental que obliga a toda persona a velar por su propia salud. A modo de ejemplo, podríamos citar las normas que obligan a usar cinturón de seguridad, a vacunarse, a prevenir accidentes laborales, etcétera. Creo que utilizar la excusa del ensañamiento para limitar los costos de asistencia dejaría sin garantías a los pacientes críticos y, fundamentalmente, a los pacientes crónicos, que requieren cuidados paliativos que no sólo no son curativos sino, además, muy costosos. En todos ellos el testamento vital oficiaría más como un testamento mortal, sólo útil para disminuir el tiempo de vida y los costos asistenciales.

Les doy las gracias por haberme escuchado y pongo a vuestra disposición mi experiencia de treinta años en la asistencia médica de pacientes críticos y terminales, y también lo que puede aportar mi doctorado en Bioética, si ello sirviese para aclarar alguna posible duda respecto a los puntos que hemos considerado.

SEÑOR PRESIDENTE.- Valoramos mucho las expresiones y fundamentos que ha manejado el doctor Casanova, que serán incorporados como insumo en el análisis de un proyecto de ley que en su consideración final y en su redacción definitiva va a estar muy lejos del proyecto original, en función de que esta Comisión ha valorado muchos comentarios que se han hecho con respecto a determinadas características del proyecto general, relativos a ambigüedades, no definiciones; en ese sentido, vamos a incorporar esos aportes.

Pero también quiero decir con mucha firmeza que desde el punto de vista personal rechazo lo fundado por el doctor Freira, porque ha hecho afirmaciones muy graves; ha dicho que hay un interés expreso por parte de quienes redactamos el proyecto e, inclusive, habló de la decisión de matar. Asimismo dijo que en este proyecto queremos establecer el tema de la suspensión como una obligación para el médico a quien querríamos, además, darle impunidad. No quiero entrar a discutir -ese no es el mecanismo de la Comisión- sobre esto, pero sí quiero dejar sentado que, así como ustedes tienen el derecho -porque la democracia lo dice así y porque el funcionamiento de las Comisiones para hacer leyes es así- de expresar con libertad todo lo que ustedes consideren, también nosotros tenemos el derecho de rechazar algunas afirmaciones, como yo lo estoy haciendo en este momento.

SEÑOR CASANOVA.- No sé si puede ser útil lo que puedo agregar al respecto, pero estoy convencido de que lo que afirmó el doctor Freira respecto a la intención de matar, que es una expresión dura, no difiere del concepto que encierra el término eutanasia. La eutanasia, como todos los que estamos acá sabemos perfectamente, se define, entre otras cosas, por el objetivo de quitar la vida de otra persona por el médico, como señaló el doctor Freira. En definiciones internacionalmente aceptadas la eutanasia es terminar con la vida de un paciente por parte del médico.

Algunos bioeticistas distinguen la eutanasia activa y la pasiva; la eutanasia activa es terminar con la vida de una persona por el médico a través de una medicación o la aplicación de determinados procedimientos, químicos o no, que determinan su muerte. Esto, en términos lisos y llanos, es homicidio. La eutanasia pasiva -dejar morir-, en realidad se define por la misma intencionalidad: cuando alguien, pudiendo salvar a otro que tiene riesgo inminente de muerte, no lo hace, y está o bien haciendo omisión de asistencia o, por la intencionalidad, agravando el delito de omisión de asistencia, que produce la muerte. O sea que eutanasia activa o pasiva es matar, es determinar la muerte.

Esto suena duro, y a mí, como médico, realmente me duele pensar que haya un término diferente para el homicidio cuando lo cometemos los médicos, y que se llame eutanasia; y sabemos que la eutanasia existe.

Hace unos años quien habla y el doctor Gallo Imperiale concurrimos al programa "La Sed y el Agua", conducido por Raquel Daruech, para hablar sobre la eutanasia. En esa oportunidad el señor Presidente de la Comisión reconoció que en su CTI practicaría la eutanasia si la ley no lo prohibiera. Yo tengo un punto de vista democráticamente divergente -en las democracias creo que el disenso es tan importante como el consenso-, distinto, y pienso que la eutanasia es algo que hoy en día, en una cultura humanista como la nuestra, debería ser abolida.

Entonces, este proyecto de ley que estamos considerando tiene sesgos eutanásicos, en la medida en que el médico se abstiene de actuar, cuando puede hacerlo, para recuperar la vida del paciente. Todos los médicos sabemos que hay tres fases de reanimación. La fase tres, de aire y agua, es cuando se llega a la conclusión de que el enfermo no responde al tratamiento que se le ofrece. Pero para llegar a esa situación -que le llamamos terminal-, primero hay que tratarlo, porque si no lo hacemos no podemos saber si tendrá respuesta o no. Si consideramos terminal a un paciente antes de haberlo tratado porque el enfermo firmó un cheque en blanco que dice: "No me traten", yo no sé si es terminal o no.

Por eso creo que es muy importante precisar los términos que estamos utilizando, porque yo defino como terminal al enfermo que deja de responder a los procedimientos médicos de rescate, pero si no lo trato no puedo saber si el paciente está en una fase terminal. No hablemos de enfermedades incurables, como se menciona en el proyecto, en donde no se define qué es una enfermedad incurable y qué es una enfermedad irreversible.

Por ejemplo, todos sabemos que la diabetes es una enfermedad incurable, pero es controlable. Lo mismo ocurre con el cáncer, ya que hoy en día es incurable, pero también es controlable. Entonces, ¿no voy a tratar a un enfermo que tenga una enfermedad crónica controlable? Si no tenemos precisión en los términos estamos corriendo graves riesgos de que cada uno interprete las cosas como mejor le parezcan y podemos llegar a cometer graves injusticias.

SEÑOR FREIRA.- Entiendo que pudo haber resultado duro lo que expresé; le doy todo el derecho a cualquiera de ustedes a discrepar con mis posiciones, que no adopté solo, sino con un conjunto de profesionales.

Los señores Diputados deben tener presente que lo que se determina en el proyecto de ley es eliminar determinado tipo de tratamientos al paciente. Eso pasa a ser, a criterio del equipo de abogados que integro, indiscutiblemente, una eutanasia activa, porque hay un hecho positivo que lleva adelante el médico. Está también el hecho de que ustedes le dan al médico, en forma incomprensible, la facultad de decidir la posibilidad de ejecutar y, más allá de eso, la de razonar si el paciente, o su estado, está comprendido, o no, en las condicionantes.

Parto de la base de que ahí también hay un problema ético: no es posible dar al mismo médico todas esas facultades. Pasa a ser el que decide y, a su vez, el que ejecuta; eso no marcha.

Tampoco marchan los contralores que se han propuesto en el proyecto, lo cual implica crear márgenes de riesgo que no pueden ser aceptados por quienes comparten mi esquema mental; no quiero decir que no haya derecho a pensar diferente. Es evidente que un contralor llevado adelante por un Juez Penal que no tiene competencias ni facultades no sirve, y un contralor llevado a cabo por el Banco de Órganos y Tejidos no es contralor, sino simplemente un comunicado, y se parte de la base de que el comunicado debe ser efectuado después de la muerte del paciente y no antes.

También se habla de una Comisión de Bioética, pero ya quedó claro en reuniones anteriores de esta Comisión que dicha Comisión de Bioética no es el organismo adecuado porque no tiene especialistas ni posibilidades de emitir un pronunciamiento ni de estudiar el caso. Lo que juzga una Comisión de Bioética no son los aspectos clínicos, sino la conducta personal de quien adopta decisiones.

Entonces, este proyecto tiene una serie de falencias que lo tornan sumamente peligroso, máxime teniendo en cuenta los antecedentes existentes a nivel internacional relativos a cómo han ido degenerando estas situaciones; las situaciones no terminan en esto, sino que empiezan con esto. A nivel internacional, quienes quieren imponer una eutanasia masiva aconsejan empezar por el testamento vital, pero esto es mucho más que eso. Si este proyecto fuera el testamento vital hubiera terminado en el artículo 7º o en el 8º, porque lo que viene después es eutanasia activa, discriminatoria y arbitraria por parte del médico, porque este puede actuar como quiere y como puede.

Pienso que el proyecto no se ajusta a su denominación porque quienes lo proyectaron niegan que sea referente a la eutanasia; nosotros no lo comprendemos ni lo compartimos.

Además, está armada de forma tal que no da garantías ni a la sociedad ni al paciente.

Nada más, y gracias.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si no se formulan otros comentarios, se levanta la sesión.

Muchas gracias.